



แผนงานความรับผิดชอบส่วนบุคคล (IRP) INDIVIDUAL RESPONSIBILITY PLAN (IRP)

แผนงานความรับผิดชอบส่วนบุคคลของเ渥ร์คเฟิร์สท์สำหรับ

JAS ID
CASE NUMBER
CLIENT ID

ข้าพเจ้าเข้าใจ:

- ข้าพเจ้าลูกกำหนดให้ทำงาน มองหางาน หรือพร้อมที่จะทำงานประจำอย่างน้อย 32 ชั่วโมงต่อสัปดาห์
- ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติตามกิจกรรมที่กำหนด หากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามที่กำหนด ข้าพเจ้าจะถูกลงโทษ เว้นเสียแต่ว่าข้าพเจ้าสามารถพิสูจน์ได้ว่ามีเหตุผลเพียงพอ ซึ่งเรียกว่าอยู่ในสถานะทางโภชของเ渥ร์คเฟิร์สท์ หากข้าพเจ้าถูกลงโทษ หมายถึง:
 - เงินช่วยเหลือ ของข้าพเจ้าจะถูกหัก 40 % หรือเป็นจำนวนสหรับหนึ่งคน ขึ้นอยู่ว่าจำนวนใดมากกว่ากัน
 - ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติตามแผนงานความรับผิดชอบส่วนบุคคลเป็นเวลา 4 สัปดาห์ติดต่อกัน เพื่อให้พนักงานลงโทษ
 - เมื่อข้าพเจ้าปฏิบัติตามข้อกำหนดเป็นเวลา 4 สัปดาห์ติดต่อกัน บทลงโทษของข้าพเจ้าจะถูกยกถอน เริ่มตั้งแต่วันแรกของเดือนหลังจาก 4 สัปดาห์ที่ข้าพเจ้าปฏิบัติตามข้อกำหนด
 - คณะกรรมการทบทวนบทลงโทษจะทำการทบทวน และ อาจยุติคดีของข้าพเจ้า หากข้าพเจ้าปฏิบัติตามบทลงโทษเป็นเวลา 6 เดือนติดต่อกัน
 - หากคณะกรรมการทบทวนบทลงโทษยุติคดีของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะต้องยื่นคำร้องใหม่และปฏิบัติตามเป็นเวลา 4 สัปดาห์ติดต่อกัน ก่อนที่ข้าพเจ้าจะได้รับเงิน
 - หากคดีของข้าพเจ้าถูกลงโทษ เว็บไซต์ คณะกรรมการทบทวนบทลงโทษจะทำการทบทวน และ อาจยุติกรณีของข้าพเจ้า หากข้าพเจ้าปฏิบัติตามบทลงโทษเป็นเวลา 3 เดือนติดต่อกัน
- ข้าพเจ้าจะต้องให้ความร่วมมือกับแผนกพิทักษ์เด็ก ในขณะที่ข้าพเจ้าได้รับเงินช่วยเหลือ TANF/SFA เว้นเสียแต่ว่าข้าพเจ้ามีเหตุผลเพียงพอที่จะไม่ให้ความร่วมมือ การได้รับเงินช่วยเหลือเลี้ยงดูบุตร อาจช่วยให้ข้าพเจ้าลดความจำเป็นในการรับความช่วยเหลือทางการเงิน
- ข้าพเจ้าสามารถรับเงินช่วยเหลือ TANF/SFA ได้เพียง 60 เดือน ในระยะเวลาตลอดชีพของข้าพเจ้า เว้นเสียแต่ว่าข้าพเจ้ามีคุณสมบัติที่ได้รับการต่ออายุเวลา
- ข้าพเจ้าได้รับเงินช่วยเหลือมาแล้วเป็นเวลา _____ เดือน
- ข้าพเจ้าลูกกำหนดให้ทำงาน มองหางาน หรือพร้อมที่จะทำงานประจำอย่างน้อย 32 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ หากข้าพเจ้าไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามตารางที่กำหนด ข้าพเจ้าจะติดต่อบุคคลผู้รับผิดชอบตามหมายเลขโทรศัพท์ข้างล่างนี้
- ข้าพเจ้าต้องทำกิจกรรมต่างๆ ต่อไปนี้เป็นระยะเวลาในแต่ละอาทิตย์ตามที่กำหนดข้างล่างนี้

หากข้าพเจ้ามีเหตุผลเพียงพอที่ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนงานของข้าพเจ้าได้ ข้าพเจ้าจะต้องติดต่อ และพูดคุยกับนักสังคมสงเคราะห์ /ผู้ชี้นำชุมชนโปรแกรมเ渥ร์คเฟิร์สท์ โดยเร็วที่สุด ด้วยวิธีที่ดี ด้วยความซื่อสัตย์ หรือมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลบุตรของข้าพเจ้า หรือปัญหาการเดินทางที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดหมาย;

- ข้าพเจ้าไม่สามารถไปด้านนัดหมายได้ เพราะ ป่วย หรือมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลบุตรของข้าพเจ้า หรือปัญหาการเดินทางที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดหมาย;
- ข้าพเจ้ามีเหตุฉุกเฉิน (ทางร่างกาย จิตใจ หรือ อารมณ์);
- ข้าพเจ้าตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงในครอบครัว;
- ข้าพเจ้าไม่สามารถหาคนดูแลเด็กที่เหมาะสม และในอัตราค่าจ้างที่สามารถจ่ายได้ในพื้นที่ของข้าพเจ้าสำหรับบุตรอายุต่ำกว่า 13 ปี;
- ข้าพเจ้ามีปัญหาทางกฎหมายที่เร่งด่วน;
- ข้าพเจ้าพิการ หรือมีอาการบางอย่างที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดของแผนงาน; หรือ
- ข้าพเจ้ามีความพิการขั้นรุนแรง และ เรื้อรัง;
- ข้าพเจ้าจำเป็นต้องอยู่บ้านเพื่อดูแลบุตรที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ หรือดูแลผู้ใหญ่ที่พิการ;
- ข้าพเจ้าอายุ 55 ปี หรือมากกว่า และต้องดูแลเด็ก และข้าพเจ้าไม่ใช้ฟอร์แมทของเด็ก ; หรือ
- ข้าพเจ้าสมัคร SSI โดยมีผู้ดูแล DSHS

หากข้าพเจ้าไม่เห็นด้วยกับแผนงานนี้ ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะยื่นขอให้มีการทบทวนคดี และ/ หรือ การพิจารณาคดี การยื่นขอพิจารณาคดีข้าพเจ้าต้องติดต่อสำนักงานให้บริการชุมชนของข้าพเจ้า (Community Services Office) หรือ สำนักงานให้บริการพิจารณาคดี (Office of Administrative Hearings, DSHS, PO Box 42488, Olympia WA 98504-2488) ภายใน 90 วัน นับจากวันที่ผู้คุ้มประพฤติได้ลงลายมือชื่อข้างล่างนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบแผนงานความรับผิดชอบส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแล้ว

ลายมือชื่อของผู้คุ้มประพฤติ	วันที่	ลายมือชื่อของข้าพเจ้า	วันที่
-----------------------------	--------	-----------------------	--------

หมายเลขบัตรประจำตัว JAS	หมายเลขคดี	หมายเลขบัตรประจำตัวลูกความ	
ข้อเรียกร้องซึ่งเป็นความลับ			
ข้าพเจ้าอาจขอรับบริการให้ความช่วยเหลือ เพื่อช่วยให้ข้าพเจ้ามีความก้าวหน้าในงาน เพื่อคงการจ้างงาน เพื่อรับงาน เพื่อทำงาน หรือเพื่อปฏิบัติตามแผนของข้าพเจ้า หากข้าพเจ้าไม่เห็นด้วยกับการตัดสินใจในบริการให้ความช่วยเหลือ			
ข้าพเจ้าอาจขอให้มีการทบทวนคดี และ/ หรือ การพิจารณาคดี ข้าพเจ้าจะติดต่อนักสังคมสงเคราะห์ /ผู้เชี่ยวชาญโปรแกรมเวอร์คเฟิร์สทของข้าพเจ้า หากข้าพเจ้าต้องการบริการให้ความช่วยเหลือในด้าน:			
• ช่องรถ	• ผ้าอ้อม	• ในอนุญาต/ค่าธรรมเนียม	• ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง
• เสื้อผ้า	• ค่าใช้จ่ายทางการศึกษา	• ตัดผม	• เครื่องมือในการทำงาน
• การให้คำปรึกษา	• สุขอนามัยส่วนบุคคล	• ตัวรถเมล์	• การวางแผนครอบครัว
ขณะที่อยู่ในการลงโทษ ข้าพเจ้าไม่สามารถขอรับบริการให้ความช่วยเหลือได้ (เช่นเงินสำหรับชุดทำงาน หรือการเดินทาง) จนกว่าข้าพเจ้าจะเริ่มปฏิบัติตามแผนงานความรับผิดชอบส่วนบุคคลของข้าพเจ้า			
ข้าพเจ้าเข้าใจว่า หากข้าพเจ้าปฏิเสธที่จะให้ความร่วมมือกับแผนกพิทักษ์เด็ก (DCS) โดยไม่มีเหตุผลเพียงพอ เงินช่วยเหลือของข้าพเจ้าอาจถูกตัด เหตุผลเพียงพอรวมถึง ภัยคุกคามต่อบุตรของข้าพเจ้า หรือต่อข้าพเจ้า ข้าพเจ้าเข้าใจว่าในขณะที่ข้าพเจ้าได้รับการช่วยเหลือจาก TANF เงินค่าเลี้ยงดูบุตรที่ได้รับจะต้องถูกเก็บเพื่อจ่ายคืนรัฐ เมื่อข้าพเจ้าหยุดรับการช่วยเหลือจาก TANF/SFA นั้น DCS จะเก็บรวบรวมเงินค่าเลี้ยงดูบุตร และส่งให้ข้าพเจ้า เว้นเสียแต่ว่าข้าพเจ้าจะแจ้งให้ทราบ ข้าพเจ้าเข้าใจบริการให้ความช่วยเหลือ บทลงโทษ และ การพิทักษ์เด็กแล้ว			
ลายมือชื่อของผู้คุมประพฤติ	วันที่	ลายมือชื่อของข้าพเจ้า	วันที่